



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลลำพูน โทร. ๐๒๘๑ ต่อ ๒๔

ที่ ลพ ๐๐๓๓.๒๐๔.๑๗/๑๐๘

วันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๙

เรื่อง โปรดลงนามในประกาศนโยบายการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational lab use, RLU)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

ด้วยการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Lab Use: RLU) เป็นแนวทางสำคัญในการบริหารจัดการทรัพยากรด้านสาธารณสุขให้เกิดความคุ้มค่าและประสิทธิภาพสูงสุด โดยมุ่งเน้นให้มีการส่งตรวจเท่าที่จำเป็น เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หลีกเลี่ยงการส่งตรวจที่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น (Over-investigation) และน้อยเกินไปจนความจำเป็น (Under-investigation) นั้น

ในการนี้ คณะกรรมการการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational lab use, RLU) ได้จัดทำประกาศเจตนารมณ์ และคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational lab use, RLU) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙ โดยได้ผ่านการพิจารณาถ้อยแถลงจากองค์กรแพทย์เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

เรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบได้โปรดลงนามประกาศ ดังกล่าวต่อไป

(นายบารมี บุญเลิศ)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ประธานคณะกรรมการการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล

- ☐ ทราบ
- ☐ เห็นชอบ
- ☒ อนุมัติ

(นางลดาพรรณ หาญไพโรจน์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน
12 พ.ค. 2569



บันทึกข้อความ

โรงพยาบาลลำพูน
เลขที่ 2346
วันที่ 1 พ.ค. 2569
เวลา

ส่วนราชการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลลำพูน โทร. ๑๒๘๑ ต่อ ๒๔

ที่ ลพ ๐๐๓๓.๒๐๔.๑๗/๑๐๘ วันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๙

เรื่อง โปรดลงนามในประกาศนโยบายการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational lab use, RLU)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

ด้วยการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Lab Use: RLU) เป็นแนวทางสำคัญในการบริหารจัดการทรัพยากรด้านสาธารณสุขให้เกิดความคุ้มค่าและประสิทธิภาพสูงสุด โดยมุ่งเน้นให้มีการส่งตรวจเท่าที่จำเป็น เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หลีกเลี่ยงการส่งตรวจที่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น (Over-investigation) และน้อยเกินไปจนความจำเป็น (Under-investigation) นั้น

ในการนี้ คณะกรรมการการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational lab use, RLU) ได้จัดทำประกาศเจตนารมณ์ และคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational lab use, RLU) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙ โดยได้ผ่านการพิจารณาถ้อยแถลงจากองค์กรแพทย์เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

เรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบได้โปรดลงนามประกาศ ดังกล่าวต่อไป

(นายบารมี บุญเลิศ)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ประธานคณะกรรมการการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล

- ☐ ทราบ
- ☒ เห็นชอบ
- ☐ อนุมัติ

(นางสดาวรรณ หาญไพโรจน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

12 พ.ค. 2569

สรุปรายงานการประชุมองค์กรแพทย์

ครั้งที่ ๒ / ๒๕๖๙

วันศุกร์ ที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๘ เวลา ๑๒.๐๐ – ๑๖.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมส่วนหน้า ชั้น ๕ อาคาร ๑๐๐ ปี โรงพยาบาลลำพูน

เริ่มประชุม เวลา ๑๒.๐๐ น.

วาระที่ ๑ เรื่องแจ้งจากผู้อำนวยการ / รองผู้อำนวยการ / ประธานองค์กรแพทย์

เรื่อง / ประเด็น	มติที่ประชุม / ข้อเสนอ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา แล้วเสร็จ
๑.๑ เรื่องแจ้งจากผู้อำนวยการ - SCAN มาทำงานในเวรเช้า - ออกตรวจ OPD ก่อน ๙ โมง - การ ROUND WARD/การเข้าผ่าตัด OR ให้ตรงเวลา ๑.๒ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ฯ ๑.๓ เรื่องแจ้งจากประธานองค์กรแพทย์ - การส่งตรวจพิเศษ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙ (เอกสารแนบ ๑) - การส่งตรวจ CT/MRI มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ - นัดประชุมวิเคราะห์ ในกรรมการ UR - RLU (เอกสารแนบ ๒) - BUN คู่กับ CR ไม่ส่งเป็น ROUTINE - HbA_{1c} ไม่ตรวจซ้ำ ภายใน ๙๐ วัน - TFT ไม่ส่งเป็นชุดให้ผู้ป่วย FU - LIPID PROFILE ไม่ส่งตรวจเป็นชุด - ยาค่าใช้จ่ายสูง (เอกสารแนบ ๓) - นัดให้ประชุมวิเคราะห์ โดยกรรมการ UR อีกที่	- ขอกลุ่มงานส่ง CT/MRI ตาม Indication แนวทางที่ Set ไว้ - การส่งตรวจพิเศษในกรณีที่ไม่ด่วนมากก็ไม่ต้องรีบ ให้ส่งแบบ Elective - รับทราบ - รับทราบ		

สจ.

วาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่อง			
เรื่อง / ประเด็น	มติที่ประชุม/ข้อสั่งการ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา แล้วเสร็จ
-			

วาระที่ ๔ เรื่องเสนอพิจารณา			
เรื่อง / ประเด็น	มติที่ประชุม / ข้อสั่งการ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา แล้วเสร็จ
-			

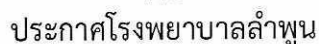
วาระที่ ๕ เรื่องอื่นๆ			
เรื่อง / ประเด็น	มติที่ประชุม / ข้อสั่งการ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา แล้วเสร็จ
๕-๑ ประเด็นปรับปรุงจากการประเมิน HA IT (พ.ธีรพงษ์) การกำกับดูแลควบคุมข้อมูลเวชระเบียน การเก็บข้อมูลประวัติ ผลการตรวจร่างกาย คำวินิจฉัยโรค การทำหัตถการ การให้ยา การรักษา และรหัส ICD ของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทุกรายการ ในระบบเวชระเบียน ● CC และประวัติได้ ๖๕% ● การตรวจร่างกาย OPD ได้ ๕๐% ● PROGRESSES NOTE ผู้ป่วยในได้ ๕๐% ● NURESE' NOTE ได้ ๕๐% ● รหัส ICD ผู้ป่วยนอก ผิดพราราว ๗๐% หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยนอก ● คะแนน ๐ : ไม่บันทึกผลการตรวจร่างกาย ● คะแนน ๑ : บันทึกผลการตรวจร่างกายเพียงระบบเดียว ● คะแนน ๒ : บันทึกผลการตรวจร่างกายสอง	- รับทราบ		

ระบบ ● คะแนน ๓ : บันทึกผลการตรวจร่างกายมากกว่าสองระบบ แต่ไม่บันทึกผลการตรวจขั้นสุดร ทั้งๆที่มีผลการตรวจขั้นสุดร ● คะแนน ๔ : บันทึกผลการตรวจร่างกายมากกว่าสองระบบ และมีบันทึกผลการตรวจขั้นสุดร (กรณีไม่ได้ตรวจขั้นสุดรเลย ถือว่าให้คะแนน ๔ ได้) ๕-๒ ความเสี่ยง (พ.อัญญา) - ความเสี่ยงไม่ใช้การกล่าวโทษ ผ่ากเชิงชวนแพทย์มาร่วมทบทวน Case เพื่อออกแบระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ปลอดภัยมากขึ้น - ในระบบแทบไม่มีแพทย์เขียนรายงาน อยากให้แพทย์เปิดใจช่วยรายงานความเสี่ยง	- รับทราบ		
---	------------------	--	--

ที่ประชุม รับทราบและรับรองมติการประชุมในครั้งนี้
 เลิกประชุม เวลา ๑๖.๐๐ น.

นายภัทรพงศ์ นาคช่วย
 ผู้บันทึกรายงานการประชุม

(นพ.กรินทร์ ภัคดี)
 ประธานองค์กรแพทย์



ด้วยโรงพยาบาลลำพูนตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ทรัพยากรด้านการแพทย์ และสาธารณสุขให้เกิดความคุ้มค่า และประสิทธิภาพสูงสุด โดยคำนึงถึงประโยชน์ และความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นสำคัญ เพื่อให้การใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์เป็นไปอย่างสมเหตุสมผล (Rational Laboratory Use: RLU) สอดคล้องกับข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย ทั้งนี้ ต้องหลีกเลี่ยงการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น (Overutilization) และการสั่งตรวจที่น้อยกว่าความจำเป็น (Underutilization)

ในการนี้ โรงพยาบาลลำพูนจึงกำหนดนโยบายการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุสมผล เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติ ดังนี้

ลำดับ	รายการ	แนวทาง	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
๑) โรคเบาหวาน				
๑.๑	LDL	๑) กำหนดให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ตามมาตรฐานการดูแล ๒) ไม่ส่งตรวจซ้ำภายใน ๙๐ วัน เว้นแต่มีข้อบ่งชี้ทางคลินิก ๓) ระบบ HIS แสดงผล และวันที่ตรวจล่าสุด พร้อมแจ้งเตือนเมื่อครบกำหนดตรวจหรือมีการส่งตรวจซ้ำ ๔) จัดทำระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ เมื่อมีการส่งตรวจซ้ำภายใน ๙๐ วัน ๕) ติดตามความครอบคลุม และอัตราการตรวจซ้ำผ่านรายงาน IT เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง	- ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol ซ้ำภายใน ๙๐ วัน (Overutilization) - ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง (Underutilization)	< ๕% >๗๐%

ลำดับ	รายการ	แนวทาง	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
๑.๒	Creatinine	๑) กำหนดให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางไต ๒) ระบบ HIS แสดงผล และวันที่ตรวจ Creatinine ล่าสุด ประกอบการสั่งตรวจ ๓) จัดทำระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ เมื่อครบกำหนดตรวจภายใน รอบ ๑๒ เดือน ๔) ติดตามความครอบคลุมการตรวจผ่านรายงาน IT เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	- ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง (Underutilization)	>๗๐%
๒) ผู้มารับบริการ				
๒.๑	Total Cholesterol	๑) กำหนดให้การตรวจ Total Cholesterol ไม่ตรวจซ้ำภายใน ๙๐ วัน เว้นแต่มีข้อบ่งชี้ทางคลินิก ๒) ระบบ HIS แสดงผล และวันที่ตรวจล่าสุดประกอบการสั่งตรวจทุกครั้ง ๓) จัดทำระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ เมื่อมีการสั่งตรวจซ้ำภายใน ๙๐ วัน ๔) ติดตามอัตราการตรวจซ้ำผ่านรายงาน IT เพื่อใช้พัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Total Cholesterol ซ้ำภายใน ๙๐ วัน (Overutilization)	< ๕%

ลำดับ	รายการ	แนวทาง	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
๒.๒	Triglyceride	๑) กำหนดให้การตรวจ Triglyceride ไม่ตรวจซ้ำ ภายใน ๙๐ วัน เว้นแต่มีข้อบ่งชี้ทางคลินิก ๒) ระบบ HIS แสดงผลและวันที่ตรวจล่าสุดประกอบการสั่งตรวจ ๓) จัดทำระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติเมื่อมีการสั่งตรวจซ้ำภายใน ๙๐ วัน ๔) ติดตามอัตราการตรวจซ้ำผ่านรายงาน IT เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Triglyceride ซ้ำ ภายใน ๙๐ วัน (Overutilization)	< ๕%
๓) ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย				
๓.๑	Serum ferritin	๑) กำหนดให้ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ได้รับการตรวจ Serum Ferritin อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง เป็นมาตรฐานการดูแล ๒) ใช้ระบบ HIS/LIS แสดงวันที่ตรวจล่าสุดและแนวโน้มค่า Serum Ferritin อย่างชัดเจน ๓) จัดทำระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติเมื่อครบกำหนดตรวจ ๑๒ เดือน ๔) ติดตามผลความครอบคลุมการตรวจผ่านรายงาน IT เพื่อใช้ปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย	ร้อยละของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ได้รับการตรวจ Serum ferritin อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง (Underutilization)	>๗๐%

ลำดับ	รายการ	แนวทาง	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
๔.) รายส่งต่อภายนอก (Referral Laboratory)				
๔.๑	TSH Receptor Antibody	๑) ให้ส่งตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดแนว ทางการส่งตรวจ TSH Receptor Antibody (TRAb) เฉพาะกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทาง คลินิกชัดเจน เช่น สงสัยหรือ ยืนยันโรค Graves' disease และการติดตามผลก่อนหยุดยา เชื่อมโยงการพิจารณาส่งตรวจ กับผล TSH และ FT๔ ๒) ส่งได้เฉพาะแพทย์เฉพาะ ทางด้านต่อมไร้ท่อ ๓) ให้ระบบ IT ช่วยเตือนข้อบ่งชี้ ก่อนส่งตรวจ และแสดงผล ล่าสุด		
๔.๒	ANA , Anti- ds DNA	๑) กำหนดข้อบ่งชี้การส่งตรวจ ANA: ส่งตรวจเมื่อมีอาการ/ อาการแสดงเข้าได้กับโรคมุมิ ด้านตนเอง (เช่น SLE, SSc, Sjögren's, MCTD) ๒) กำหนดข้อบ่งชี้การส่งตรวจ Anti-dsDNA: ส่งตรวจ เฉพาะ ผู้ป่วยที่ ANA เป็นบวก และ สงสัยหรือได้รับการวินิจฉัย SLE ๓) ลดการส่งตรวจพร้อมกันโดยไม่ มีข้อบ่งชี้ทางคลินิก ๔) ตั้ง Pop-up เตือนการส่งคู่กัน		

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นางลดาวรรณ หาญไพโรจน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน